

Cuando el cuerpo lleva la cuenta: algunas implicaciones de la teoría y la práctica del trauma para el trabajo psicoanalítico

When the body keeps the score: Some implications of trauma theory and practice for psychoanalytic work

Vivian Dent

Resumen

El trauma tiene una amplia gama de efectos sobre el funcionamiento somático, la regulación del sistema nervioso, el compromiso relacional y la integración de la personalidad. Este artículo proporciona una visión general de cómo la desregulación y la disociación postraumáticas limitan la capacidad de los pacientes para implicarse en un proceso analítico, pudiendo dar lugar a tratamientos prolongados, estancados o interrumpidos. En este contexto, ofrece sugerencias para integrar en el trabajo psicoanalítico percepciones y técnicas de las terapias del trauma, centrándose en intervenciones que ayuden a las personas a modular las reacciones postraumáticas y así construir sus capacidades para elaborar el impacto del trauma

Abstract

Trauma has wide-ranging effects on somatic functioning, nervous system regulation, relational engagement, and personality integration. This article provides an overview of how posttraumatic dysregulation and dissociation limit patients' ability to engage in an analytic process, potentially leading to prolonged, stalled, or ruptured treatments. In this context, it offers suggestions for integrating insights and techniques from trauma therapies into psychoanalytic work, focusing on interventions that help people modulate posttraumatic reactions and so build their capacities to work through trauma's impact.

Artículo traducido y publicado con autorización: Dent, V. (2020) When the body keeps the score: Some implications of trauma theory and practice for psychoanalytic work. *Psychoanalytic Inquiry*, 40(6), 435-447.
<https://doi.org/10.1080/07351690.2020.1782144>

Hace una generación, el psicoanálisis emergió de la sombra del rechazo de Freud a su hipótesis de la seducción, liberando a los teóricos para explorar las múltiples conexiones entre el sufrimiento traumático y nuestros dilemas clínicos más espinosos. Este proceso ha estimulado el interés analítico por los hallazgos de los investigadores del trauma. Clínicamente, también, las terapias del trauma han comenzado a ofrecer perspectivas útiles desde las cuales considerar la técnica analítica. Comparar el pensamiento analítico y los estudios de trauma contemporáneos revela muchos puntos de convergencia que complementan los enfoques analíticos y profundizan las observaciones de las teorías analíticas. Al mismo tiempo, sin embargo, algunas ideas de expertos en trauma desafían supuestos analíticos de larga data, tanto teóricos como técnicos, mientras que otras representan descubrimientos nuevos y sorprendentes que pueden abrir nuevas formas de pensar y trabajar. En las siguientes páginas, esbozaré las formas en que el trauma afecta al funcionamiento somático, la regulación del sistema nervioso, el compromiso relacional y la integración de la personalidad. En ese contexto, ofreceré algunas sugerencias para aplicar técnicas de terapia del trauma en el trabajo analítico, centrándome en intervenciones que ayuden a las personas a desarrollar sus capacidades para elaborar el impacto del trauma.

Sobre todo, la investigación sobre el trauma llama la atención sobre su impacto generalizado en los sistemas que nos ayudan a mantener el equilibrio físico y mental (Chefet, 2015; Van der Kolk, 2014). El trauma altera los procesos corporales básicos, incluida la regulación del sistema nervioso, la actividad hormonal y el funcionamiento inmune. Las alteraciones de la homeostasis fisiológica, a su vez, desestabilizan las funciones psicológicas, incluida la memoria, el control de los impulsos y el equilibrio emocional. La neuroimagen confirma que cuando se activa el trauma, las regiones del cerebro que nos permiten mantener el pensamiento lógico y sintetizar la información se cierran; en un estado traumático, literalmente no podemos pensar.

Intentar tratar el trauma sin reconocer y abordar estos efectos puede resultar en análisis prolongados que exponen a los pacientes a años de sufrimiento potencialmente evitable. Un énfasis en la comprensión verbal también puede dar lugar a aparentes avances que se desmoronan cuando se desencadenan estados traumáticos y se interrumpe el funcionamiento cognitivo, desalentando tanto a los pacientes como a los analistas.

Sin embargo, afortunadamente, los conceptos relativamente simples basados en la investigación del trauma ofrecen un marco amplio y accesible para guiar el trabajo con personas traumatizadas y proporcionar un andamiaje para las percepciones matizadas del psicoanálisis. Basándose en la investigación y la experiencia clínica, los expertos están estableciendo un consenso sobre la mejor manera de abordar los efectos de la traumatización aguda y crónica. Técnicas de todas las modalidades importantes de trauma, incluidas, entre otras, la experiencia somática (Levine, 2010), la psicoterapia sensoriomotora (Ogden et al., 2006), EMDR (F. Shapiro, 2018) y los sistemas internos de la familia (Schwartz y Sweezy, 2019), comparten características clave:

- se centran en la experiencia del momento presente;
- priorizan la atención consciente sobre "pensar en";
- sostienen el contacto sentido con la seguridad presente;
- desarrollan con seguridad la conciencia somática;

- cultivan activamente las capacidades de autorregulación;
- prestan atención a los procesos disociativos;
- y, quizás lo más sorprendente para los psicoanalistas, desplazan el énfasis de la relación con el terapeuta hacia las relaciones de los pacientes con sus propios mundos internos.

¿Qué es el trauma?

Antes de continuar, parece importante definir qué constituye exactamente el trauma. El uso actual de la palabra varía ampliamente, a veces extendiéndose al sufrimiento normal y, a veces, excluyendo todos los acontecimientos menos los más extremos. Baso la definición que para mí funciona en la de Pat Ogden (2012), la fundadora de la psicoterapia sensoriomotriz. Al centrarse en el impacto psicofisiológico del trauma más que en la naturaleza de cualquier evento dado, esta definición distingue el trauma del dolor y la tensión, incluso el dolor y la tensión severos, que no tienen efectos traumáticos.

La lesión traumática ocurre cuando un suceso, una serie de sucesos o un conjunto de condiciones duraderas abruman la capacidad de una persona para integrar la experiencia emocional y/o se percibe como una amenaza para la seguridad o la supervivencia, desencadenando respuestas defensivas subcorticales e hiper o hipoactivación autónoma.

Antes de discutir esta definición con más detalle, es importante apuntar que debe suceder algo más para que un daño traumático tenga como resultado síntomas a largo plazo: una vez que la amenaza ha pasado, la persona no recibe el consuelo y la contención adecuados. Esta falla, que asegura que la persona traumatizada no pueda integrar lo sucedido, puede ocurrir dentro de una persona, entre individuos o dentro de una sociedad. Por ejemplo, a los ciudadanos de New Orleans traumatizados por el Katrina les fue dramáticamente peor, como grupo, que a los neoyorquinos traumatizados por el 11 de septiembre. Mientras que los supervivientes del Katrina soportaron acusaciones falsas de violencia y saqueos junto con la devastación continua en sus vecindarios, las víctimas del 11 de septiembre vivían en una ciudad en gran parte intacta, apoyadas por el elogio de una nación por su coraje y la preocupación por su difícil situación (McClelland, 2015).

La definición de Ogden deja claro que el trauma puede resultar de sucesos externos o experiencias internas, como *flashbacks* o ataques de pánico. Confirma que las experiencias de humillación, abandono o crueldad emocional pueden ser tan traumáticas como la agresión física. Lo mismo ocurre con sucesos de la vida como la pérdida de un trabajo o una relación, o con la tensión cultural, como crecer dentro del armario o vivir con racismo sistémico. Este hecho, que reconocemos como clínicos, ha sido confirmado por investigaciones recientes (Mol et al., 2005; Spinazzola et al., 2014), aunque no por las definiciones del DSM.

Vale la pena enfatizar este punto: cuando un suceso desencadena la fragmentación de la experiencia y/o respuestas defensivas subcorticales duraderas y síntomas de hiper o hipoactivación, ello constituye un trauma, sin importar cuán grave pueda parecer o no. Clínicamente, por lo tanto, cuando un paciente por lo demás sano padece disociación

patológica¹ o una activación autónoma desregulada, estamos viendo las secuelas del trauma, incluso cuando la persona no informe una historia traumática. El trauma puede ser infantil, no reconocido, negado u olvidado, pero el cuerpo, como lo expresó Van der Kolk (2014) en el título de su ya clásico libro, lleva la cuenta.

Muy a menudo la gente llega al análisis sintiéndose fundamentalmente defectuosa, que “no pasó nada” y, sin embargo, nunca se han sentido seguros o estables. Se sienten como una cabeza sobre un palo, o un cerebro en un montículo de carne, o como un cable vivo que constantemente chispea o se cortocircuita. La definición de Ogden nos dice que algún tipo de trauma, ya sea de choque o del desarrollo (Heller y LaPierre, 2012), ha desequilibrado su sistema nervioso. No sabemos qué pasó, pero sabemos que sucedió algo. Podemos decirles a estas personas: “Lo que sabemos es que estás viviendo en un cuerpo traumatizado. A medida que trabajemos para crear una mayor sensación de seguridad, es posible que descubramos o no exactamente por qué, pero cuanto más seguro se siente el cuerpo en el presente, más se puede relajar la mente y permitir el acceso a la experiencia. Aprenderemos sobre la marcha”. Esta actitud puede ayudar de manera más general que la pregunta a menudo insistente: “¿Qué pasó?” Atender al cuerpo hace que sea más fácil para el paciente y el analista confiar en que el cuerpo y la mente siempre comunican lo que necesitamos saber. Para ayudar, no necesitamos averiguar qué sucedió en el pasado. En cambio, podemos centrarnos en ayudar a los pacientes a sentirse seguros cuando de hecho están seguros y a vivir plenamente en el presente.

La ventana de tolerancia y la capacidad de conectarse

Pensar en el trauma usando la definición de Pat Ogden centra nuestra atención en el punto de encuentro de la psique y el soma. Un concepto clave aquí se conoce como la ventana de tolerancia (Figura 1)

Figura 1. La ventana de tolerancia (Ogden et al., 2006)



Stephen Porges (2011) ha presentado una elegante teoría psicobiológica que profundiza en nuestra comprensión de este sencillo diagrama. Sus ideas explican cómo las señales subcorticales regulan el cableado de defensas que hemos heredado a través de la evolución. Es importante destacar que este sistema no se basa en la percepción consciente, sino en lo que Porges llama *neurocepción*: información procesada en lo profundo del cerebro, en el tronco del encéfalo y el sistema límbico, y así registrada somática, emocional y asociativamente en lugar de lógica o verbalmente. Lo que neuroceptamos determina nuestra sensación de seguridad, y cómo neuroceptamos un momento dado depende tanto de las realidades presentes como de la experiencia pasada. La experiencia relacional temprana, que sienta las bases para las capacidades de autorregulación del cuerpo (Lyons-Ruth et al., 2006; Schore, 2003), juega aquí un papel especialmente importante.

Porges plantea dos puntos centrales. Primero, neuroceptamos la seguridad y el peligro; los procesos subcorticales, no el pensamiento consciente, gobiernan nuestros sentimientos de seguridad o vulnerabilidad. En segundo lugar, y de manera vital para los analistas, *lo que neuroceptamos determina nuestra capacidad para relacionarnos con nosotros mismos y con los demás*. Cuán seguros nos sentimos, en otras palabras, determina nuestro acceso a la relacionalidad interna y externa. La investigación de Porges implica que Klein (1946) habría dado más en el blanco si, al estilo de Erikson (1954 /1963), hubiera formulado la posición esquizoparanoide, en términos de confianza frente a temor en lugar de agresión contra amor.

Echemos un vistazo más de cerca a cómo funciona la teoría de Porges. Cuando la neurocepción de la amenaza no es demasiado alta, no nos saca de la ventana de tolerancia, lo que Porges llama el *sistema vagal ventral* está en línea. El vago ventral es un nervio que, entre otras funciones, ayuda a controlar los músculos de la cara, el cuello y la garganta, cerca de la boca, alrededor de los ojos y en el oído interno. Desde la infancia, nos permite enviar, recibir y responder a señales relacionales, incluso muy sutiles (ver Beebe et al., 2012). Cuando el vago ventral es dominante, nos relacionamos con los demás a través de lo que Porges llama el *sistema de compromiso social*.

Nuestro sistema de participación social nos permite gestionar los peligros potenciales no solo a través del pensamiento y la acción reflexivos, sino también en conexión con los demás. Ajustamos nuestra mirada para evitar una discusión, señalar un límite o evocar una respuesta de cuidado. El bebé que mira hacia el acantilado visual mira la expresión de su madre y ve que está a salvo. Papá grita desde la sala de estar: "¡No toques esa bandeja de horno!" - y el niño evita una quemadura.

Cuando el sistema de compromiso social está activo, estamos en nuestras ventanas de tolerancia. Tenemos acceso al "pensamiento" de Bion (1962) y al "juego" de Winnicott (1971), y la transferencia tiene la cualidad transicional que permite la exploración analítica. En otras palabras, cuando tanto nosotros como nuestros pacientes tenemos acceso a nuestros sistemas de compromiso social, podemos ayudarlos a pensar en sus mundos internos.

Pero, ¿qué sucede cuando nuestra mente neurocepta que la amenaza ha crecido y salimos de la ventana de la tolerancia? La mayoría de las personas pasan primero a la hiperactivación, en la que el sistema nervioso simpático reemplaza el sistema vagal ventral. La hiperactividad evoca defensas activas evolucionadas destinadas a proteger la vida frente a una amenaza: apego para la supervivencia, lucha y huida.

La noción de apego como estrategia defensiva primaria puede resultar desconocida. Por supuesto, hay muchas razones por las que nos relacionamos con otros: la sensualidad, el juego y la exploración, por ejemplo. Las conductas de apego, sin embargo, son una respuesta a la amenaza, como teorizó Bowlby (1969/1982). Los comportamientos de apego hiperactivo representan apego para la supervivencia (Ogden, 2012), y pertenecen junto con las más familiares de lucha y huida, a los modos en que instintivamente nos comportamos para protegernos. Vemos esto claramente en los pacientes que llamamos límite (*borderline*).

Cuando estamos hiperactivados, no podemos contener la activación y o bien nos sentimos abrumados o nos mantenemos enfocados en la lucha por no sentirnos así. Podemos sentirnos a la defensiva, vigilantes, paralizados, desesperados, furiosos o en pánico, y nuestro pensamiento se vuelve desorganizado o fervientemente decidido cuando intentamos mantener el control. Simultáneamente, a medida que el sistema vagal ventral se desconecta, se desploma nuestra capacidad para utilizar señales sociales para evaluar la seguridad y el peligro. Nuestro sistema se está orientando a las señales de amenaza, y eso es lo que percibe. Cuando la activación simpática es alta, un ceño fruncido o un tono de voz preocupado se interpretan subcorticalmente como juicio, miedo o ira (Van der Kolk, 2014); no observamos la sonrisa tentativa o la voz suave que podría transmitir con mayor precisión la preocupación a alguien –incluida la misma persona en un momento diferente– que estuviera en su ventana de tolerancia.

En la teoría psicoanalítica, estamos en el lado paranoide de la posición esquizo-paranoide de Klein (1946), y en el territorio de los elementos beta de Bion (1962), en los que la gente se ve inundada de fragmentos traumáticos no integrados. La transferencia avanza hacia lo que se llama psicótico: el analista es experimentado concretamente, como la última y mejor esperanza o como un peligro real y presente.

Aunque supone costes significativos, la hiperactivación simpática permite la autoprotección activa: luchar, escapar, encontrar un protector. Sin embargo, si el sistema neurocepta –de nuevo, a través de respuestas subcorticales, no de una evaluación consciente– que las medidas activas no traerán seguridad, entonces la persona pasa a la hipoactivación, a veces de manera bastante abrupta. El sistema vagal dorsal, que ralentiza o cierra las funciones biológicas, se activa. Una combinación de activación vagal dorsal y simpática crea una congelación de alta energía como un ciervo ante unos faros. A medida que la hipoactivación se hace más profunda, la persona se vuelve pasiva, desesperanzada, entumecida, distante o estereotipadamente disociada. A menudo se activa la vergüenza, una emoción que facilita la sumisión. Un paciente inhibido muestra un destello de interés, se mueve para hablar, se desinfla. "No importa. No es importante."

En términos psicofisiológicos, estamos viendo defensas evolucionadas de "congelación baja", sumisión y colapso, incluso desmayos, todas ellas formas de activación parasimpática que desalientan pasivamente a los depredadores y reducen la experiencia de dolor. Es el ratón que se queda flácido en la boca del gato. A medida que se intensifica, la hipoactivación funciona cada vez más para adormecer el dolor que se considera inevitable. En este sentido, la hipoactivación nos permite resistir (Fisher, 2017). Las personas que han experimentado un peligro físico o emocional sostenido e ineludible a menudo sobreviven en estados de hipoactivación crónica que vacían sus vidas de significado y de disfrute (Levine, 2010; Van der Kolk, 2014).

Clínicamente, la hipoactivación embota el interés y los sentimientos transferenciales. En este momento, el sistema de participación social está en gran parte desconectado, lo que hace que trabajar en la relación sea un verdadero desafío. Las personas hipoactivadas pueden anhelar la conexión, pero lograrla les parece algo en lo que no tienen esperanza, inútil, que resulta humillante desear, y a lo que es amenazante acercarse.

Si aceptamos los hallazgos de Porges, la teoría analítica tradicional a menudo ha malinterpretado los estados hipoactivados. Por ejemplo, la teoría de Freud de la pulsión de muerte surgió de su observación clínica del estado de "muerte fingida" (Porges, 2011) que existe en la depresión severa en casi "pura cultura" en la depresión severa (Freud, 1923). Sin embargo, es sabido que Freud atribuyó este estado a una pulsión de muerte universal, no al intento del cuerpo de hacer frente al sufrimiento ineludible en el presente o a demasiada indefensión sufrida en el pasado. De manera similar, aunque la descripción de Klein (1946) de un paciente esquizoide muestra claramente a alguien en un estado hiperactivado, su formulación de las defensas de retirada del paciente enfatizaba el componente agresivo de estas.

La activación vagal dorsal defensiva, sin embargo, es un sistema evolucionado del tronco del encéfalo para desalentar a los depredadores y minimizar el dolor que se considera inevitable. Este dolor puede originarse en una ira abrumadora, inútil o desesperadamente peligrosa, pero como hemos visto, la hipoactivación deriva naturalmente de una hiperactivación irresoluble, independientemente de su tono emocional. La ira en sí misma tiene poco que ver con eso. En cambio, lo que importa es la sensación profunda de que los impulsos activos no pueden ayudar y, de hecho, pueden provocar más dolor. Reconocemos este proceso cuando entendemos la autohumillación de los pacientes como una defensa contra emociones positivas nacientes tales como la emoción, el orgullo o el deseo. Una experiencia suficiente de rechazo o abuso puede convertir cualquiera o todos estos sentimientos en señales subcorticales de peligro.

Técnicamente, el trabajo de Porges lleva a la conclusión de que pedirle a alguien en un estado significativo de hiper o hipoactivación que reflexione sobre el significado de una situación presenta una tarea imposible: hasta que el sistema nervioso se estabilice dentro de la ventana de tolerancia, la persona no puede acceder a mucho funcionamiento cortical. Este punto es vital para las personas cuyo pánico o ansiedad abrumadores, pasividad crónica o ira recurrente las dejan sin esperanza y humilladas. Como ha escrito Ogden, "La capacidad de autorregulación es la base sobre la cual se desarrolla un sentido funcional del yo" (Ogden et al., 2006, p. 42). Cuando los sistemas de protección del cuerpo están funcionando en una sobrecarga postraumática, la vergüenza agrava con demasiada frecuencia el sufrimiento original.

Afortunadamente, es mucho más fácil notar el estado propio que comprender el significado de ese estado. Quitar el énfasis de "pensar en" para ayudar a un paciente desregulado a ampliar la ventana de tolerancia puede apoyar una variedad de objetivos analíticos, que incluyen profundizar la relación, aumentar la capacidad de pensar, reducir la impulsividad y apoyar la autoestima. Aquí surgen numerosas preguntas importantes. ¿Cuán estrecha o ancha es la ventana de la persona; en otras palabras, ¿cuánta dificultad se puede tolerar antes de que la desregulación llegue a dominar? ¿De qué tipos? ¿En qué circunstancias? ¿Qué desencadena la desregulación? ¿Con qué facilidad la persona se mueve hacia la hiper o hipoactivación? ¿Con qué fuerza aparece cada estado? ¿La persona suele tener formas accesibles de recuperar el equilibrio?

Con las personas que se deslizan fácilmente fuera de la ventana de tolerancia, o que viven predominantemente en estados angustiantes de hiper o hipoactivación, hablaré con ellos de cuán normales y necesarias son esas respuestas para la supervivencia. Describiré la hiperactivación y la hipoactivación, enfatizando sus funciones protectoras y trabajando para identificar modos específicos en que estos estados ayudaron a mantener a la persona segura en una etapa temprana de la vida. Observaremos juntos cómo aparecen los estados en el presente y hablaremos de sus consecuencias, incluyendo los beneficios que traen consigo. Las personas a menudo dependen en gran medida de su hipervigilancia o su entumecimiento. Antes de intentar deshacerse de los patrones familiares, necesitan tener fe en que el cambio puede ocurrir de manera segura.

Cuando se sientan listos, comenzaremos a rastrear los cambios en su estado físico mientras hablan y piensan. ¿Cuándo se relajan, se inclinan hacia adelante, abren los ojos, se desploman? “Cuando mencionaste a tu padre, tu voz se tranquilizó”. Exploraremos diferentes formas de calmar o avivar su sistema nervioso, a menudo utilizando técnicas somáticas como la respiración, el *grounding*, centrarse, cambiar la mirada o enderezar la columna. Muchos de estos enfoques, utilizados de manera diferente, pueden abordar la hiperactivación o hipoactivación. Por ejemplo, pedirle a alguien que sienta el apoyo del respaldo de una silla puede calmar la agitación, pero también puede ayudar a un paciente distante y disociado a entrar en contacto con la realidad presente (ver Ogden y Fisher, 2015).

Tener en cuenta el mundo interior de cada persona sigue siendo tan vital en las intervenciones somáticas como en el trabajo psicodinámico. El movimiento más sutil hacia el contacto visual puede desregular aún más a una persona que necesita distancia para sentirse segura, mientras que una mirada mutua fuerte puede calmar a alguien que literalmente busca reafirmación. Enderezar la columna vertebral puede contrarrestar la hipoactivación. Pero esto también puede ser demasiado: en estados de mayor desconexión, unos micromovimientos cuidadosos pueden ser todo lo que se puede manejar sin provocar un cambio hacia una hiperactivación repentina y peligrosa. El *grounding* a menudo ayuda a las personas a volver a su ventana de tolerancia, pero algunos pacientes hiperactivos se ponen aún más agitados cuando intentan sentir el suelo con los pies. La exploración puede revelar que no se sienten seguros a menos que puedan moverse en un instante; mantenerse sobre la punta de los pies les parece mejor.

Debido a esta variación, y debido a que las personas con sistemas nerviosos desregulados a menudo se sienten incompetentes en relación con sus cuerpos, ofrezco cada técnica como un experimento: si crea una mayor tranquilidad, puede convertirse en un recurso para la autoestabilización, pero si no lo hace aprenderemos algo valioso sobre la experiencia de la persona. La posición experimental significa que el trabajo del paciente es simplemente notar lo que sucede y contarlo. No pueden hacerlo mal porque el objetivo es descubrir lo que necesitan, no imponer ninguna solución en particular. La atención continua de este tipo ayuda a las personas a comenzar a rastrear las señales de que están abandonando su ventana de tolerancia y a cambiar ese proceso. Y al hacer este trabajo, nosotros también podemos llegar a conocer nuestras señales somáticas de amenaza: mandíbula tensa, respiración superficial, músculos flácidos, párpados pesados. Podemos tomar la información que nos ofrecen y, con el tiempo, aprender a devolver a nuestros cuerpos a un estado de implicación social, dentro de nuestra ventana de tolerancia.

Finalmente, incluso para las personas que suelen mantener la excitación en sus ventanas de tolerancia, me pregunto qué tienen que hacer para permanecer allí. ¿Qué precio pagan por su control? Algunas personas tienen la suerte de haber tenido experiencias que les proporcionan sistemas nerviosos relativamente bien regulados. Pero muchos tienen que restringir drásticamente el rango de sus sentimientos, percepciones y pensamientos para mantener a raya la desregulación autónoma. Pensar en términos de la ventana de la tolerancia arroja nueva luz sobre los trastornos del carácter y las organizaciones patológicas, todo lo cual puede entenderse en parte como formas de intentar permanecer en la ventana de la tolerancia o, en el caso de las organizaciones *borderline*, como resultado de repetidos fracasos para hacerlo².

En las presentaciones caracterológicas, lo que un médico podría identificar como signos de hiper o hipoactivación crónicas puede parecerle normal y natural al paciente: "Siempre estoy en movimiento"; "No soy tan interesante". Estas personas no experimentan una desregulación consciente, por lo que los síntomas deberán diferenciarse de sí mismos antes de que la atención a la ventana de tolerancia pueda resultar útil. Consideremos, por ejemplo, un hombre que comenzó la terapia sintiéndose solo e infeliz. También informó, al principio de forma desafiante, que a menudo explotaba, aterrizando a sus hijos. Con el tiempo, quedó claro que se enfurecía cuando se sentía ignorado, y explorar esos momentos reveló una profunda y despreciada sensación de impotencia nacida de las dolorosas experiencias infantiles de sentirse invisible y no escuchado. Solo cuando trabajamos con esos sentimientos de vulnerabilidad, la idea de una desregulación traumática se volvió significativa para él. Reconoció que quería usar la rabia para sentirse fuerte y en control, pero a menudo esta se apoderaba de él. Luego se interesó más por explorar la diferencia entre la autoafirmación efectiva y la actuación destructiva. Con el tiempo, logró un progreso significativo en la calma de su sistema nervioso para poder modular su ira sin negar sus necesidades o tener que reprimir su considerable energía.

Un pie en el pasado, un pie en el presente

En el trauma, los marcadores neuronales que normalmente nos dan la sensación de que una imagen, sensación, pensamiento o emoción pertenecen al pasado no se codifican. Como resultado, los recuerdos traumáticos no conllevan la sensación de recordar algo; en lugar de eso, se sienten aquí y ahora (Levine, 2015; Siegel, 2010). Esta cualidad crea confusión y terror incluso cuando irrumpen imágenes que no pueden pertenecer a la realidad actual, como en un *flashback* durante la noche. Se vuelve aún más difícil cuando surgen emociones o sensaciones con toda su fuerza en el presente: uno *está* aterrizado, presa del pánico, solo, amenazado, con dolor físico. Todo en su conciencia grita peligro, ahora, y es casi imposible mantener una sensación de seguridad. Incluso si puedes evocar la idea de que el peligro pertenece al pasado –pensamiento que requiere una gran cantidad de conocimiento y presencia– nada en tu cuerpo lo cree.

Evocar un trauma sin una sensación sentida de seguridad reinscribe la memoria traumática. Sin embargo, demasiada distancia hace que el esfuerzo sea puramente cerebral, sin tocar lo que necesita curarse. Como resultado, todo buen trabajo con trauma enfatiza ahora *la conciencia dual*, lo que ayuda a minimizar la reexperimentación y el distanciamiento defensivo, así como la inundación posterior a la sesión. La conciencia dual implica el contacto emocional y cognitivo con la seguridad presente junto con el contacto sensorial y/o emocional con el dolor pasado. Con la conciencia dual, una persona

está, por definición, en la ventana de tolerancia, incluso cuando se enfrente a material extremadamente difícil. La conciencia dual crea la oportunidad de experimentar la memoria traumática *como* memoria, separada en tiempo y espacio de la realidad actual.

A menudo es de ayuda explicar la conciencia dual al principio de la terapia: “Para procesar el trauma, necesitas tener una sensación clara de que estás aquí, ahora, a salvo conmigo, y al mismo tiempo hacer contacto con el recuerdo doloroso. Si entras en contacto con demasiado dolor y demasiado rápido, podrías inundarte o tu mente podría reaccionar a la amenaza alejándote o entumeciéndote e imposibilitando trabajo alguno”. Esta explicación puede ayudar a las personas a aceptar que habrá que reducir la velocidad si comienzan a profundizar demasiado en material doloroso basado en el trauma sin una conexión suficiente con la seguridad del presente. Muchos pacientes tienen un concepto anticuado del tratamiento del trauma, la creencia de que necesitan sacarlo todo para superarlo. Deben comprender que este enfoque no solo no cura el trauma, sino que lo empeora. Otros pueden sentirse comprensiblemente desesperados por contar sus historias y ser escuchados. Necesitan garantías sinceras y, por lo general, repetidas de que quieres escucharlos, pero quieres hacerlo de forma segura, de una manera que les ayude a desarrollar fuerza en lugar de lastimarlos más. Sentar las bases puede llevar tiempo.

La mayoría de las modalidades contemporáneas de trauma organizan el trabajo en tres etapas: estabilización, procesamiento del trauma e integración de habilidades y conocimientos recién descubiertos en la vida diaria. Muchos consideran que este modelo de tres etapas es el estándar de asistencia. La estabilización implica la construcción de suficientes recursos personales y relacionales como para que el trabajo del trauma sea accesible; trabajar con la ventana de tolerancia, por ejemplo, es estabilizador. Aun así, lo que hace que la memoria traumática sea traumática, en lugar de simplemente dolorosa, es que irrumpe en el presente y toma el control, y un trauma suficientemente severo podrá con muchas de las técnicas de estabilización.

Los terapeutas de trauma han desarrollado una amplia gama de técnicas para ayudar a los pacientes a mantener la atención dual mientras procesan la memoria y el afecto traumáticos (ver, por ejemplo, Fisher, 2017; R. Shapiro, 2016). Un enfoque pide a los pacientes que toquen el material traumático y luego regresen rápidamente al presente, antes de perderse en el dolor. La técnica lleva una atención consciente a la segunda parte de este proceso, el regreso a la seguridad presente. Con el tiempo, a medida que las personas mantienen un mayor contacto con lo que antes les abrumaba, crece la confianza en su capacidad para trabajar con experiencias intensas.

Una mujer empezó el tratamiento con pesimismo, diciendo que había probado terapia varias veces sin mejorar. "Solo lloré y me sentí peor, así que renuncié". Y, de hecho, cuando comenzamos, cualquier recordatorio de sentimientos tiernos la empujaba instantáneamente a lágrimas de impotencia, confusión y amarga culpa. Vivía sola, incapaz de trabajar, aislada de todo lo que alguna vez había disfrutado.

Al ver que los sentimientos fuertes la ponían en un estado de congelación en el que no podía pensar, le sugerí que trabajáramos para ayudarla a experimentar una mayor competencia y agencia cuando se "ponía sentimental", como ella dijo. Estuvo de acuerdo fácilmente. De modo que, cuando ella se echaba a llorar, en lugar de preguntarle qué estaba pasando, yo empezaba a jugar a la pelota con ella. Lanzar un cojín de un lado a otro la entretenía y la devolvía al presente, y descubrió por sí misma que no es posible

disociarse en emociones traumáticas y jugar a la pelota al mismo tiempo. Desde un espacio mental más arraigado en la realidad presente, comenzó a identificar más sobre sus sentimientos sin perderse en ellos.

Después de varias semanas de este trabajo, surgió una fuerte emoción en una sesión y le pregunté si tenía palabras para ello. "Las tengo, pero si las digo, lloraré". Sabiendo cuánto deseaba acceder a las emociones sin sentirse abrumada, le planteé una serie de tareas destinadas a desviar su atención hacia la experiencia perceptiva inmediata y no amenazante: "¿Puedes señalar tres manchas en la alfombra? Nombra tres objetos azules en la habitación. Dime cuando oigas pasar un coche". Luego le pedí que recordara solo una de las palabras emocionales en las que había estado pensando antes y que se diera cuenta de si era igual de difícil pensar en eso ahora. "No", dijo, sonriendo. "Date cuenta de eso; puedes tener ese sentimiento intenso, alejarte de él y luego regresar desde una posición más fuerte ". Complacida con el espacio que había creado, eligió no decir la palabra en voz alta ese día, sino saborear la calma que ahora sentía. Aprecié (y decidí no discutir) el establecimiento de límites implícito en su decisión, que parecía surgir de una sensación de logro más que de miedo. La semana siguiente, por primera vez, pasó la sesión hablando de decepciones en relaciones pasadas y presentes, sin sentirse abrumada.

Cuando el centro no se sostiene

El creciente interés en el trauma ha inspirado esfuerzos sofisticados continuados para identificar y definir procesos disociativos (Chefet, 2015; Dell y O'Neill, 2009; Van der Hart et al., 2006). Sin embargo, para propósitos clínicos cotidianos, sigo a Bromberg (2006) y considero la disociación cuando el trabajo analítico normal y reflexivo no logra generalizarse. A menudo asumimos que cuando hablamos con todos los pacientes, excepto con los más problemáticos, estamos hablando con un "usted" que escucha, comprende y responde como un ser unificado. Si un paciente de alto funcionamiento cuenta repetidamente una historia como si fuera la primera vez, o llega con orgullo a una conclusión que hemos interpretado una y otra vez, podemos pensar en el narcisismo sin considerar la posibilidad de brechas disociativas.

Los expertos en trauma, sin embargo, sostienen que la disociación es mucho más común de lo que generalmente creemos, y que las personas pueden experimentar una disociación significativa sin desconectarse, perder tiempo, o mostrar cambios obvios en la identidad. Estos autores sostienen que la disociación no reconocida se encuentra en el núcleo de muchos tratamientos fallidos o decepcionantes (Bromberg, 2006; Chefetz, 2015; Fisher, 2017).

Cualquiera que haya trabajado lo suficiente con el trauma ha acompañado a alguien a través de una sesión significativa y profundamente conectada, solo para que la persona regrese poco tiempo después sin recordar la experiencia, con una actitud trivializante hacia ella o una respuesta emocional a esta completamente diferente y no integrada. Hemos sentido el impacto y la desconexión, el cuestionamiento de nuestras habilidades clínicas y nuestra realidad emocional. Estas reacciones, que a menudo incluyen nuestras propias disociaciones, son respuestas contratransferenciales características a los procesos disociativos.

De manera más general, podemos intuir la disociación cuando la empatía nos falla de manera inesperada. Por definición, los estados disociados con éxito están emocionalmente ausentes del campo transferencia-contratransferencia, por lo que no sentiremos nuestra resonancia empática normal con ellos. Sin embargo, podemos experimentar el "agujero" que crea su ausencia, tal vez como confusión o desorientación, tal vez como respuestas más defensivas: frustración, control, apatía, retraimiento. El solo hecho de considerar la posibilidad de disociación puede ayudar a aliviar estos estados contratransferenciales. Desarrollar un mapa conceptual de las partes que componen el mundo interior de una persona reduce su impacto en ti y en el proceso analítico. Como Chefetz (2015) dice, "imaginamos una mente que no está totalmente presente mientras tratamos con una persona que sí lo está" (p. 14). Nuestro objetivo es hablar de manera empática con todas las partes, no solo con aquellas cuya presencia se siente, al igual que los terapeutas familiares sintonizan sus comentarios con las preocupaciones de todos los miembros, incluso cuando se dirigen directamente a una sola persona.

Aunque el mundo interior de cada persona es exclusivamente suyo, Van der Hart et al. (2006) han ofrecido una teoría general de la estructura disociativa que puede ayudar a construir este mapa. Sugieren que las partes disociativas se forman a lo largo de las líneas de falla dictadas por nuestra biología heredada. Algunas partes se centran en la vida diaria, evitando el contacto con cualquier comportamiento, sensación, pensamiento o emoción que pueda interferir con el funcionamiento en la realidad externa. Otras sostienen el dolor del trauma o las defensas no integradas contra él: apearse, luchar, huir, congelarse y someterse (Fisher, 2017). Todas estas partes contienen diferentes memorias procedimentales, diferentes "conocimientos no pensados" (Bollas, 1989). Tienen diferentes patrones de acción. Pueden sostener recuerdos separados o pueden interpretar los mismos eventos de formas muy discrepantes. Estas diferencias, junto con los medios distintos y no integrados de las partes para garantizar la supervivencia, a menudo las llevan a un conflicto feroz.

No es raro, por ejemplo, que la parte de lucha pueda tener certeza, audacia, un enfoque en el agravio e indiferencia al juicio, mientras que la parte sumisa de la misma persona sea empática, sumisa y evite conflictos. La parte sumisa teme la voluntad de la parte de lucha de buscar problemas; la parte de lucha rechaza la docilidad de la parte sometida. La parte de apego anhela amor y cuidado; la parte de huida busca temerariamente la distracción; y la parte congelada entra en pánico ante los recordatorios de traumas pasados, incluidos los creados por las acciones de las otras partes. El paciente se siente atrapado en una serie cambiante de pensamientos, sentimientos e impulsos convincentes y aparentemente irreconciliables. "Al final ¿quién soy yo?"

Mientras tanto, las partes de la vida diaria, que se formaron al escindir aspectos abrumadores de la experiencia traumática, son inevitablemente fóbicas a las partes escindidas y, por lo tanto, se resisten a su integración (Van der Hart et al., 2006). Las partes de la vida diaria minimizan el trauma, no aprecian su impacto o lo niegan por completo; por definición, no pueden comprender la realidad de lo que ha sufrido una persona.

Por ejemplo, una mujer joven ingresó a terapia con síntomas severos de disociación y desregulación autónoma, así como múltiples intentos de suicidio casi fatales. Habiendo negado inicialmente una historia de trauma temprano significativo, acabó elaborando lenta y dolorosamente un extenso abuso sexual infantil. A medida que sus recuerdos y su identidad se volvieron más coherentes, le pregunté sobre la pérdida de

memoria anterior. Dijo que no era exactamente que lo hubiera olvidado: "Siempre tuve ese pensamiento [del abuso], pero pensé que me lo estaba inventando". Otro paciente sofisticado que tuvo una infancia objetivamente espantosa me decía que nunca pensó que fuera tan malo. "Sabes que ese es un síntoma de trauma, ¿no?" le pregunté. Me miró sorprendido. "Por supuesto. Pero nunca pensé en aplicarlo a mí". Esta es la parte de la vida diaria en acción, desviando de forma rutinaria e inconsciente la conciencia del dolor que podría amenazar la capacidad de salir adelante.

Queremos evitar confundir las capacidades de la vida diaria con la persona en su totalidad, ver a alguien como "realmente" de alto funcionamiento en lugar de reconocer que tiene una parte de alto funcionamiento que no puede integrar su experiencia traumática, o cometer el error opuesto y tomar las partes defensivas emocionales por quién es la persona "realmente", tratando la parte de la vida diaria como una apariencia. Usando el modelo de van der Hart, también podemos ver cómo las partes de apego tenderán a aferrarse al análisis y al analista, la parte sumisa y de congelación a obedecer, y las partes de lucha y huida a oponerse a la relación. La parte de la vida diaria a menudo traerá a alguien al tratamiento, pero permanecerá ambivalente al respecto, particularmente cuando el trabajo comience a desvelar pensamientos, sentimientos y recuerdos enterrados que podrían alterar el funcionamiento actual. Cada parte tiene su propio papel en un sistema intrapsíquico complejo.

La teoría analítica a menudo ha honrado las partes "buenas, dependientes" y se ha opuesto a las "malas", "tramposas" y "agresivas". Sin embargo, las partes de lucha y huida prácticamente siempre se ven a sí mismas como protectoras de otras partes vulnerables, incluidas aquellas que son devastadas repetidamente por los intentos de conexión a veces indiscriminados de las partes de apego. En otras palabras, la "banda destructiva" que Rosenfeld (1971) describió tan vívidamente en su artículo clásico sobre organizaciones narcisistas normalmente cree en la necesidad de su función protectora; no es solo un fraude. Entender y hablar respetuosamente de esa protección y de las preocupaciones que se esconden detrás de ella, puede hacer mucho bien.

He aquí un ejemplo clínico: habiendo comenzado a revelar un pensamiento íntimo, una mujer se detuvo abruptamente. "No quiero hablar de esto". Guardó silencio durante un minuto, luego estalló: "Entonces, ¿qué vamos a hacer ahora? Tú eres el terapeuta; deberías saberlo". Le respondí: "Lo que escucho es que una parte vulnerable de ti necesita que haga las cosas bien, porque podría herirte gravemente si voy demasiado lejos o si no entiendo bien. Y la parte que habla quiere asegurarse de que me muevo con cuidado y presto atención". Si hay suerte, se puede agregar, como yo pude ese día: "Es complicado, porque a veces es difícil ver qué necesita esa parte vulnerable cuando una parte más agresiva tiene la voz".

Un trabajo más elaborado con las partes puede fomentar la autoaceptación incluso en relación con síntomas molestos. Cuando una mujer llegó angustiada porque su trastorno alimentario había resurgido, utilicé Internal Family Systems (Schwartz y Sweezy, 2019; véase también Frank, 2020, este número) para ayudarla a explorar su mundo interior. Le pedí que se concentrara en el lugar de su cuerpo donde sentía la necesidad de comprar galletas. "Hazle saber a esa parte de ti que tienes curiosidad y pregúntale qué necesita que sepas". Ella recibió una respuesta instantánea, "Te mereces un premio". Seguimos preguntándole a la parte qué le importaba y por qué había aparecido ahora. La paciente, con los ojos cerrados, vio a un hada madrina que quería obsequiar golosinas a un niño que sufría: el yo de siete años de la paciente, a quien

dejaban sola y aterrorizada todos los días durante horas, comiendo y viendo la televisión para distraerse. Ver cómo la parte seguía usando comida para calmar el dolor asociado con ese trauma alivió algo del disgusto de la paciente por comer en exceso, algo que previamente había entendido como una falta de autocontrol.

Con calidez y agradecimiento, comenzó a mostrarle al hada madrina que ahora era una adulta que podía manejar muchas emociones fuertes y que ya no necesitaba esas golosinas para sobrevivir. El hada madrina seguía dubitativa -¿por qué quería nadie sentir malos sentimientos?- pero comprometida en el diálogo. Con el tiempo, a medida que esta paciente llegó a conocer a todos sus "comedores y alimentadores", como los llamaba, desarrolló compasión por las diversas formas en que el trauma temprano previamente no integrado había llevado a partes de sí misma a querer aliviar el dolor con la comida. La reducción del conflicto interno condujo a su vez a una mayor satisfacción general y un alivio progresivo de sus síntomas compulsivos.

Pensar en la disociación también ha cambiado de otras formas el modo en que intervengo. Por un lado, a menudo veo y apelo a la disociación donde alguna vez pude haber visto un simple conflicto. Por ejemplo, un paciente llegó 20 minutos tarde a una sesión inicial, muy agitado, habiéndose perdido camino a la oficina por razones que lo desconcertaron. En el pasado, podría haber dicho: "Tal vez en algún sentido no quieres estar aquí". Ahora dije: "Puedo escuchar cuánto quieres mi ayuda y lo asustado que estás al sentir que algo adentro parece tener otra agenda". Encuentro que en la disociación la gente se siente mucho más comprendida si reconozco que algunas partes les parecen terriblemente ajenas a ellos, si lo que digo transmite que me doy cuenta de lo terrible que es sentirse invadido por pensamientos, sentimientos, acciones e impulsos que son irreconocibles como propios (Dell, 2006).

Pensar en la disociación también nos lleva de regreso a un principio analítico básico, el impacto de la experiencia infantil en el modelado de la vida. La investigación ha confirmado que el apego desorganizado es el predictor independiente más fuerte de condiciones disociativas y borderline en la adolescencia y más tarde, incluso más que un trauma severo posterior (Lyons-Ruth et al., 2006). Trágicamente, tales apegos no implican necesariamente abuso o negligencia: incluso en familias amorosas, cuando la pérdida no resuelta y el trauma de los padres les impiden recibir comunicaciones emocionales vitales, el sentido de sí mismos y de su mundo que tienen los bebés se resiente mucho (Beebe et al., 2012). Los bebés desorganizados se enfrentan a un "miedo sin solución" (Hesse y Main, 2000): acercarse a la figura de apego aumenta el miedo, pero también lo hace mantenerse alejado. La sensación de peligro ineludible lleva a estos bebés a desarrollar síntomas fisiológicos similares a los de los adultos traumatizados (Lyons-Ruth et al., 2006). El apego desorganizado, en otras palabras, es traumático. En las muestras no abusivas, aproximadamente uno de cada cinco bebés se clasifica como desorganizado³.

Todo esto significa que muchas personas -alrededor de una quinta parte de la población general, más en grupos de riesgo y, muy posiblemente, más aún de nuevo entre aquellos que buscan análisis- tendrán un recuerdo inconsciente profundo del apego como literalmente enloquecedor, destructor del alma, incluso potencialmente mortal. Esta red implícita se despertará en cualquier terapia que ofrezca la promesa y la amenaza de una relación íntima. Consideremos lo que sucede entonces.

Usando el modelo de Van der Hart (Van der Hart et al., 2006), puesto que una parte de apego traumáticamente disociada depende más profundamente del analista, las partes de lucha y huida, que protegen contra la dependencia, se vuelven cada vez más agitadas. Sus ataques tanto de forma interna (sobre las necesidades de la parte de apego) como externa (sobre el analista, percibido como real o potencialmente dañino) hacen que la parte de apego se desespere aún más por la comodidad del analista. Pero la disociación crea un campo minado. Las respuestas abiertamente afectuosas del analista evocan una mayor desconfianza por parte de las partes protectoras del paciente; las señales de ira o ansiedad del analista devastan la parte del apego y confirman las suposiciones de las protectoras; las interpretaciones que no logran resonar con todas las partes se sienten distantes o rechazantes. La presión para construir puede despertar las dificultades de apego propias del analista, socavando aún más la relación. Tanto el analista como el paciente pueden sentirse bloqueados, atrapados en una situación que replica el "miedo sin solución" del niño desorganizado. Pueden desarrollarse transferencias psicóticas, que son fundamentalmente *flashbacks* a vínculos relacionales imposibles, a experiencias que alguna vez amenazaron la vida, la cordura, la integridad o todo ello.

Esta problemática amenaza a muchas personas que han sido traumatizadas en una relación íntima, especialmente si su herida se produjo cuando eran jóvenes. Como resultado, la comunidad del trauma sostiene que confiar en una relación de dependencia para sostener y contener a los pacientes altamente traumatizados es una propuesta de alto riesgo. Analistas como Bromberg (2012) han comenzado a reconocer que un buen trabajo analítico debe tener lugar tanto “dentro como entre” paciente y analista. Pero nosotros, como comunidad, solo estamos desarrollando nuestra capacidad para ayudar a una persona a trabajar dentro de sí misma. Nuestra teoría y formación pueden animarnos en cambio a profundizar en la relación, por ejemplo, ofreciendo sesiones adicionales.

Otras prácticas analíticas también pueden exponer inadvertidamente a los individuos traumatizados al dilema del niño desorganizado. Los silencios que pretenden dar espacio para pensar pueden dejar a los pacientes solos con un terror o un vacío sin palabras, aumentando la necesidad y el miedo de un analista aparentemente distante. El uso del diván limita la movilidad y restringe los gestos básicos de autoprotección, como explorar el entorno, reduciendo la sensación de autonomía. El no mirar al analista también inhibe el uso mutuo del sistema de participación social para ayudar a mantener la regulación interna y diferenciar el pasado del presente, incluso porque le dificulta al analista registrar sutiles cambios disociativos. Las sesiones frecuentes (más de una o dos a la semana) pueden alentar a los pacientes a fijarse en el analista, no en sus propias capacidades en crecimiento, para garantizar su seguridad y estabilidad.

Para reducir esta amenaza, las terapias de trauma hacen hincapié en ayudar a los pacientes a mantenerse y contenerse *a sí mismos* con una eficacia cada vez mayor, mediante el desarrollo de una preocupación consciente por sus mundos interior y exterior (Fisher, 2017; Mosquera, 2019; Schwartz y Sweezy, 2019). El papel del analista también cambia, aunque por supuesto no del todo: hacia ser un compañero activo, afectuoso y confiable en el trabajo duro, y lejos de convertirse en el objeto transferencial de necesidades y deseos tempranos. En esta relación más codo con codo, ayudamos a nuestros pacientes a desarrollar la capacidad de cuidar su propio sufrimiento, sin dejarlos solos en él.

Un hombre con tendencias suicidas recurrentes creció con un concepto rígido de masculinidad. Su *self* de la vida diaria ignoraba las pasiones que lo llevaban a intentar

suicidarse, llamándolas estúpidas; solo necesitaba crecer. Su terapeuta, una especialista, comenzó a utilizar el lenguaje de las "partes" para abordar el dolor disociado, ayudando a la parte de la vida cotidiana a mirar "la parte que intentaba morir" casi como un personaje de novela, sin necesitar aceptar prematuramente esos sentimientos como propios. En este proceso, ella se mantuvo tan curiosa e interesada por lo que valoraba la parte de la vida diaria -trabajo, creatividad, respeto, independencia- como por las necesidades de apego confusas y desatendidas del paciente. Después de unos meses, la lealtad a su familia todavía hacía que este hombre siguiera propenso a insistir en que su sufrimiento no tenía ninguna causa más allá de su "carácter débil". Sin embargo, cuando imaginaba a la parte desesperada de su interior sin pensar en sus orígenes sentía un cierto interés y a veces se preguntaba cómo podía atenderla mejor.

Después de una sesión inusualmente íntima, su terapeuta se preocupó por contener sus sentimientos emergentes; sabía que sentirse dependiente lo había llevado a menudo a comportarse peligrosamente. Regresó a la siguiente sesión seguro, pero distanciado. Su terapeuta apuntó en voz alta que la parte de él que estaba hablando ese día era diferente a la que había estado presente la semana anterior. Invitado a ser curioso en lugar de desafiado a ser diferente, admitió que probablemente se había separado de sus sentimientos. Vio que su sufrimiento probablemente continuaría mientras esos sentimientos permanecieran separados, pero no quería, ni sabía cómo, volver a establecer contacto.

Exploraron sus miedos. Cerca del final de la sesión, ofreció espontáneamente una visión de sí mismo como un general que marchaba orgulloso al frente de un ejército asediado. El general miraba resueltamente hacia adelante, gritando órdenes a sus tropas para que avanzaran más rápido, ignorando totalmente sus graves heridas, los esporádicos ataques guerrilleros que enfrentaban, o incluso que algunos estaban desertando. Al identificarse críticamente con el general y su desastroso liderazgo, el paciente se sintió desanimado, temiendo no cambiar nunca. Luego su terapeuta dijo: "Y fíjate, lo estás viendo todo, al general en su determinación e indiferencia, a los soldados abrumados que trabajan duro, a los desertores enojados y todos los peligros con los que se enfrentan las tropas. Puedes ver la imagen completa, puedes comprender a todos los jugadores y, como resultado, podemos ayudarte a ayudar a todos en ese ejército, y así ayudarte a ti mismo". El paciente no era solo el general, no solo las tropas. Era el que, con ayuda, podía llegar a conocerse y cuidarse a sí mismo, en toda su complejidad.

En esta forma de trabajo, la analista evita convertirse en la cuidadora o portavoz de las partes heridas excluidas de un paciente, conociendo que lo general también será vital para el tratamiento de este hombre. En su lugar, la terapeuta apoya al paciente para que reconozca, aprecie y, finalmente, negocie las esperanzas, los miedos y las intenciones de todas las partes: las que apoyan la vida diaria, las que ofrecen una protección feroz contra el dolor intolerable y las que cargan con el dolor mismo.

Ayudar activamente a las personas a relacionarse con sus mundos internos con compasión y cuidado, en lugar de simplemente pedirles que internalicen nuestra compasión y cuidado, reduce la frecuencia e intensidad de las transferencias altamente regresivas. Cuando llega el momento de entrar en los ámbitos más terribles del trauma, los pacientes no tienen que ir allí desesperadamente dependientes, aterrorizados tanto por la dependencia como por el trauma mismo. Todavía nos necesitan a nosotros y a la relación, mucho, pero hay un sentimiento más fuerte de que si tropezamos, ellos pueden sostenerse. Y este sentimiento ayuda inmensamente.

Generaciones de analistas han luchado con la forma de conceptualizar y tratar el sufrimiento postraumático. Nuestra literatura ha reconocido desde hace mucho tiempo que hasta que encuentra significado y contención, el dolor del trauma se propaga, pasando de persona a persona, de grupo a grupo y de generación en generación. La investigación del trauma y las terapias basadas en ella han abierto nuevos y emocionantes caminos para interrumpir estos trágicos ciclos. Si podemos acercarnos a estas ideas con algo parecido a la creatividad y la sofisticación que hemos aportado al trabajo de transferencia y relacional, saldremos con mucho más que ofrecer a nuestros pacientes traumatizados y, por tanto, a nuestras comunidades y nuestro mundo.

Declaración de divulgación

El autor no informó de ningún conflicto de intereses potencial.

Referencias

- Beebe, B., Lachmann, F., Markese, S., Buck, K. A., Bahrack, L. E., Chen, H., Cohen, P., Andrews, H., Feldstein, S. y Jaffe, J. (2012). On the origins of disorganized attachment and internal working models: II. An empirical microanalysis of 4-month mother-infant interaction. *Psychoanalytic Dialogues*, 22(3), 352–374. <https://doi.org/10.1080/10481885.2012.679606>
- Bion, W. R. (1962). The psychoanalytic study of thinking. *The International Journal of Psychoanalysis*, 43, 306–310.
- Bollas, C. (1989). *The shadow of the object: Psychoanalysis of the unthought known*. Columbia University Press.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment (2nd ed.)*. Basic Books.
- Bromberg, P. (2006). *Awakening the dreamer: Clinical journeys*. Analytic Press.
- Bromberg, P. (2012). Credo. *Psychoanalytic Dialogues*, 22(3), 273–278. <https://doi.org/10.1080/10481885.2012.679592>
- Chefetz, R. (2015). *Intensive psychotherapy for persistent dissociative processes*. Norton.
- Dell, P. (2006). A new model of dissociative identity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.10.013>
- Dell, P. y O’Neill, J. (2009). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. Routledge.
- Erikson, E. (1954/1963). *Childhood and society (rev. ed.)*. Norton.
- Fisher, J. (2017). *Healing the fragmented self of trauma survivors: Overcoming internal self-alienation*. Routledge.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. Other Press.
- Frank, K. (2020). An integrative approach to relational psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 40, 448–460. <https://doi.org/10.1080/07351690.2020.1782145>
- Freud, S. (1923). The ego and the id. *Standard Edition*, 19, 1–66. Hogarth.
- Heller, L. y LaPierre, A. (2012). *Healing developmental trauma*. North Atlantic Books.
- Hesse, E. y Main, M. (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1097–1127.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *The International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99–110.

- Levine, P. (2010). *In an unspoken voice: How the body releases trauma and restores goodness*. North Atlantic Books.
- Levine, P. (2015). *Trauma and memory: Brain and body in a search for the living past*. North Atlantic Books.
- Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M. y Bianchi, I. (2006). From infant attachment disorganization to adult dissociation: Relational adaptations or traumatic experiences? *Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 63–86.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.10.011>
- McClelland, M. (2015). *Irritable hearts: A PTSD love story*. Macmillan.
- Mol, S., Arntz, A., Job, A., Metsemakers, F., Dinant, G.-J., Vilters-Van Montfort, P. y Knottnerus, J. A. (2005). Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: Evidence from an open population study. *British Journal of Psychiatry*, 186(6), 494–499. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.6.494>
- Mosquera, D. (2019). *Working with voices and dissociative parts: A trauma-informed approach*. Institute for the Treatment of Trauma and Personality Disorders.
- Ogden, P. (2012). *Training for the treatment of trauma*. Sensorimotor Psychotherapy Institute.
- Ogden, P. y Fisher, J. (2015). *Sensorimotor psychotherapy: Resources for trauma and attachment*. Norton.
- Ogden, P., Minton, K. y Pain, C. (2006). *Trauma and the body*. Norton.
- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. Norton.
- Rosenfeld, H. (1971). A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: An investigation into the aggressive aspects of narcissism. *The International Journal of Psychoanalysis*, 52, 169–178.
- Schore, A. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. Norton.
- Schwartz, R. C. y Sweezy, M. (2019). *Internal family systems therapy*. Guilford Publications.
- Shapiro, F. (2018). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy*. Guilford.
- Shapiro, R. (2016). *The trauma treatment handbook*. Norton.
- Siegel, D. J. (2010). *Mindsight: The new science of personal transformation*. Bantam Dell.
- Spinazzola, J., Hodgdon, H., Liang, L., Ford, J. D., Layne, C. M., Pynoos, R., Briggs, E., Stolbach, B. y Kisiel, C. (2014). Unseen wounds: The contribution of psychological maltreatment to child and adolescent mental health and risk outcomes. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(Suppl 1), S18–S28.
<https://doi.org/10.1037/a0037766>
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. y Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. Norton.
- Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking Penguin.
- Winnicott, D. W. (1971). Playing: A theoretical statement. In *Playing and reality* (pp. 38–52).

¹ Definir la disociación patológica excede el alcance de este artículo. En la multiplividad no patológica, sin embargo, los individuos sostienen el acceso a pensamientos, sentimientos, sensaciones y acciones situacionalmente relevantes. Partes de la personalidad aparecen en contextos que encajan con sus capacidades, sin perturbar la regulación autonómica, y puede ajustar sus objetivos a los de las otras partes. Cuando se vuelve más severa, la disociación socava progresivamente esos procesos.

² Desarrollar adecuadamente este tema requiere un artículo en sí mismo. Mirando a través de la ventana de tolerancia, sin embargo, vemos que casi cualquier sentimiento puede ser profundamente desregulador. Por todas las razones que he esbozado, si sentir sufrimiento, culpa, incertidumbre, vergüenza, enfado, temor, o cualquier otra emoción significa ser arrojado fuera de la ventana de tolerancia, las personas harán todo lo que puedan, consciente e inconscientemente, para evitar estos estados y continuar funcionando. Los estilos de carácter contruidos alrededor de dichos esfuerzos son necesariamente disociativos, a veces extremadamente (aunque no siempre en el sentido del DSM). Crean una aparente ventana de tolerancia basada en el control de los peligros primitivos en lugar de en una experiencia genuina de sentirse relajados con seguridad. Esta diferencia tiene amplias implicaciones terapéuticas.

³ En las muestras de clase media, sin maltrato, el apego desorganizado está en torno al 15%. La incidencia aumenta a un 25% en las muestras con bajos ingresos (Beebe et al., 2012; Fonagy, 2001; Hesse & Main, 2000).